del Valle (I. M.)

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

OFTALMOLOGÍA

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

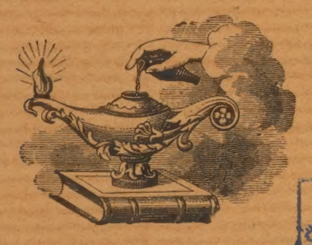
LA QUERATITIS INTERSTICIAL

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA, PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

IGNACIO M. DEL VALLE

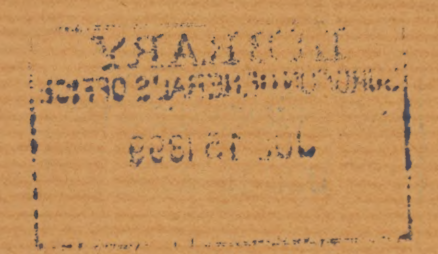
Alumno de la Escuela N. de Medicina, practicante del "Hospital general de San Andrés" y de la Clínica Oftalmológica de la Escuela.



MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO COSIO
2ª DE LA INDEPENDENCIA NUM. 6.

1895

Sr. Dr.
José Mª. Bandera
Pte



ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

OFTALMOLOGÍA

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

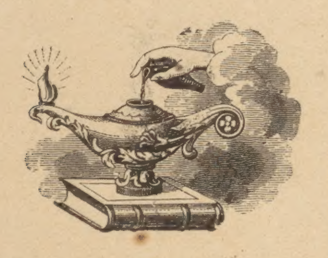
LA QUERATITIS INTERSTICIAL

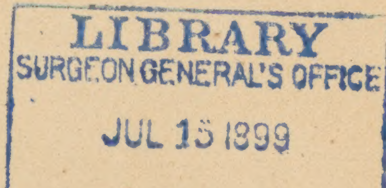
TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA, PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

IGNACIO M. DEL VALLE

Alumno de la Escuela N. de Medicina,
practicante del "Hospital general de San Andrés" y de la Clínica Oftalmológica de la Escuela.





MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO COSIO
2ª DE LA INDEPENDENCIA NUM. 6.

1895

A MIS ADORADOS PADRES



A MI BONDADOSO MAESTRO

EL EMINENTE OFTALMOLOGISTA

SR. DR. JOSÉ RAMOS.

HUMILDE HOMENAJE DE GRATITUD Y ADMIRACION.



LIGERAS consideraciones acerca de la queratitis intersticial son las que me propongo desarrollar en el presente trabajo. Al presentarlo á mi Respetable Jurado, quiero dar á conocer la opinión que me he formado acerca de algunos puntos de dicha enfermedad, escuchando las brillantes lecciones clínicas, dadas por mi respetable maestro el Sr. Dr. José Ramos, profesor de Oftalmología.

La queratitis intersticial, cuya causa, en la antigüedad, casi exclusivamente se creía que era la escrófula, y que hoy por el contrario se tiende á considerar bajo la influencia de la sífilis, han sido opiniones extremas, que creo ninguna tenga razón de ser. Tanto la sífilis como la escrófula, tienen una parte que les corresponde de una manera bien comprobada, como trataré de demostrarlo en algunas líneas dedicadas á este punto.

Hago la descripción de la enfermedad, tomando de los mejores autores aquello que pueda servir para hacerla más completa.

Sólo deploro el haber emprendido este trabajo, que debe ser insuficiente, no acostumbrado á escribir nada acerca de cualquier punto de las ciencias médicas. Pero la obligación que el Reglamento impone, de presentar una prueba escrita á todo aquel que desea consagrar su vida á mitigar una parte de los dolores de la humanidad, me hace emprender un estudio superior á mis fuerzas.

Sólo quiero que la benevolencia, que siempre ha sido compañera inseparable de mi ilustrado Jurado, juzgue mis pequeños esfuerzos y los aliente.

LOS interesantes trabajos de Galesowski, Panas, Parinaud, Wecker, etc., etc., sobre las afecciones de la córnea, han determinado en la patología de esta membrana progresos muy notables, y especialmente en todo aquello que se refiere á las inflamaciones crónicas intersticiales.

La queratitis intersticial no es ciertamente de descubrimiento reciente. Ha sido observada y señalada con nombres diferentes: corneitis escrofulosa, queratitis profunda, queratitis difusa, queratitis intersticial, vascular intersticial puntuada.

En 1859, Hutchinson, llamó vivamente la atención sobre esta lesión, á la que se daba poca importancia, produciendo una verdadera agitación científica, declarando de una manera tan nueva como imprevista, "que una variedad de queratitis, llamada queratitis intersticial crónica, era casi siempre (siempre en su convicción) una consecuencia directa de la sífilis hereditaria."

Gran número de objeciones, controversias, oposiciones violentas en casi todos los países, determinó inmediatamente tal aserción. Puede decirse que sólo desde el principio las ideas de Hutchinson, defendidas con talento y perseverancia, encontraron acogida favorable en Inglaterra; en los demás países tuvo muy pocos adherentes, y sí muchos adversarios.

Ahora, no obstante el gran número de trabajos sobre el asunto, no existe un acuerdo, como lo veremos en el curso de esta exposición. Varios puntos y de los más importantes quedan aún por dilucidar; pero podemos decir de antemano que la sífilis hereditaria y la escrófula, tienen una relación patogénica innegable con la afección corneal, conocida con el nombre de queratitis intersticial.

Esta variedad de queratitis, ha sido en estos últimos años, descrita con nombres muy diferentes. Se le ha llamado queratitis parenquimatosa, porque á diferencia de las queratitis que ocupan la superficie de la córnea, penetra más profundamente é interesa el parenquima mismo de la membrana; queratitis difusa, porque sus límites son vagos, y más ó menos vagos sus contornos; queratitis puntuada, debido á un aspecto particular que reviste á menudo, y que muy pronto tendremos que describir; queratitis intersticial crónica, atendiendo á su larga duración; queratitis heredo-sifilítica, por encontrar una influencia específica acompañándola habitualmente, y en fin, queratitis de Hutchinson, como homenaje al eminente médico, que nos ha hecho conocer y apreciar sus relaciones patogénicas con la sífilis.

Se da el nombre de queratitis intersticial, á una infiltración de celdillas linfoides que se hace en el tejido propio de la córnea, presentándose con el as-

pecto de manchas azuladas, de bordes difusos é invasores.

Puede presentarse la infiltración sin que el resto del globo ocular presente la más ligera alteración, ó al contrario, acompañar ó principiar después de una escleritis, ó de una epiescleritis vecina. En este último caso, que sólo mencionaremos, la infiltración es periférica, y presenta una marcha distinta completamente de la queratitis intersticial tipo, dejando contrario á ella, en la córnea, huellas indelebles, esclerosis que enturbian su transparencia.

La queratitis parenquimatosa puede ser centrífuga ó centrípeta, presentar una sola mancha ó varias diseminadas.

La marcha de esta enfermedad de la córnea, es la más caracterizada, la más regular.

Consiste esencialmente esta variedad de queratitis en un proceso de opacificación de la córnea; proceso ya resolutivo, y absolutamente resolutivo porque no deja ninguna huella al desaparecer, ó al contrario, desorganizador, dejando manchas permanentes, y algunas veces una opacificación completa de la córnea.

ETIOLOGIA

La queratitis intersticial es una enfermedad propia de la niñez y de la juventud. Es raro observarla después de los 25 años.

Hace su aparición con más frecuencia á una edad determinada. Tiene su máximum de 5 á 10 años.

Así, en 48 casos observados en el Hospital Valdi-

vielso, y en la Clínica Oftalmológica de la Escuela, se ha visto producirse:

De 1 á 5 años	......	5 veces.
,, 5 ,, 10 ,,	......	14 ,,
,, 10 ,, 15 ,,	......	7 ,,
,, 15 ,, 20 ,,	......	8 ,,
,, 20 ,, 25 ,,	......	3 ,,
,, 25 en adelante	.....	11 ,,

En la consulta particular del Dr. Ramos, el mismo máximum de los casos observados, concuerda con las cifras ya mencionadas.

En la estadística de Parinaud, la queratitis tendría su máximum de frecuencia entre 7 y 18 años.

Se puede deducir lo siguiente:

La queratitis intersticial, que es común en la infancia, llega á ser particularmente frecuente entre los 8 y 16 años, mucho más rara después.

Fournier, como un hecho bastante curioso, señala la presencia de una queratitis desarrollada *in utero,* citando el caso presentado en la clínica por Parinaud. Según el dicho de la madre, el niño había nacido con los ojos enfermos, y á los cuatro meses las córneas se presentaban con una opacificación completa, con un reflejo azuloso de los más raros, recordando el ojo de los pescados.

Todos los autores han notado su mayor frecuencia en el sexo femenino, hecho que puede comprobarse por nuestra estadística.

Casos observados en el sexo masculino.... 10
Casos observados en el sexo femenino..... 38

La constitución linfática predispone especialmente. La escrófula y la sífilis obran como causas ocasionales más comunmente,

La queratitis intersticial se desarrolla en sujetos escrofulosos, produciéndose esta afección en menor cantidad que otras muchas, como las ulceraciones y las infiltraciones intersticiales purulentas, que son debidas de una manera bien determinada á la escrófula. Pero de esto, á negar de una manera terminante que la afección ocular que nos ocupa, no tenga más que una parte bien restringida, ó decir con Fuchs, que tal vez no tenga ninguna, es exagerado.

Nos parece que éste, varios oftalmologistas y demás autores que opinan de esta manera, pecan de excesivos, y caen del lado contrario al asegurar que la sífilis hereditaria tiene en su activo casi todas las queratitis parenquimatosas, y mucho más Hutchinson, que ve un heredo-sifilítico ó un sifilítico en un individuo que lleva la ya mencionada queratitis.

Examinando minuciosamente desde este punto de vista, los enfermos que se han presentado en la Clínica Oftalmológica de la Escuela, dada por el inteligente profesor Dr. José Ramos, y buscando los antecedentes, nos ha sido frecuente encontrar la escrófula como una causa ocasional, hecho que manifiesta mi sabio maestro, diciendo: que en muchos casos de su práctica privada, y también en muchos de los pacientes que iban á solicitar los servicios profesionales de la clínica, estudiados minuciosamente, resultaba que la queratitis era una manifestación escrofulosa, manifestación que venía á comprobar el tratamiento general anti-escrofuloso, apresurando y haciendo completa la curación.

En los niños escrofulosos, mi maestro nos hacía notar en sus lecciones la forma que presenta el borde libre de los dientes, una serie de salientes y de-

presiones, dando el aspecto de una sierra. Esta alteración, que podría tomarse como una variedad de los dientes irregulares de la heredo-sífilis hace que el oftalmologista busque los antecedentes con mucha escrupulosidad, y añadidos á las citadas alteraciones pueda conducirnos á un juicio exacto, ya sea por las manifestaciones actuales ó por las huellas de la diatesis escrofulosa.

Sin embargo, la observación nos enseña, y es un hecho innegable, que la queratitis interstieial se encuentra en individuos que no llevan ninguna lesión actual, ni antecedentes escrofulosos, sucediendo lo mismo en la línea ascendente ó colateral.

En resumen, podemos decir que una parte de los casos observados, debe de una manera terminante atribuirse á la escrófula.

La sífilis, y la heredo-sífilis, tienen una influencia directa sobre la queratitis parenquimatosa. En la heredo-sífilis, según Hutchinson, todos los casos de esta enfermedad, sin exclusión, están bajo su dependencia, y según otros, casi exclusivamente. Este modo de considerar las cosas, no ha convencido á todo el mundo, y tiene aún muchos adversarios.

La doctrina de Hutchinson tiene una parte de verdad y otra de error.

La parte de verdad es, que en un gran número de enfermos que encontremos atacados de esta enfermedad, la influencia sifilítica hereditaria es bien manifiesta.

Es frecuente encontrar, asociados á la queratitis, dos elementos morbosos: las deformaciones dentales y los trastornos del oído, formando lo que se llama "la triada de Hutchinson," que sirve de expresión habitual de sífilis hereditaria.

Esta influencia está bien comprobada y no hay otra explicación que dar de la frecuencia de la afección en diversas condiciones como las siguientes: en hijos de sujetos sifilíticos, en individuos de antecedentes heredo-sifilíticos bien comprobados, en individuos con manifestaciones actuales de sífilis. Se encuentra á menudo esta queratitis en familias donde la poli-mortalidad de los niños crea una sospecha, casi una seguridad de sífilis, como lo han señalado muchos autores. Además, el tratamiento específico produce tales resultados en muchos casos en que se ha confundido la causa ocasional, y que sólo se ha hecho uso del ya mencionado tratamiento, por agotar los recursos terapéuticos, sorprendiéndose del alivio momentáneo y de la marcha rápida hacia la curación.

¿Pero la queratitis intersticial deriva invariable y exclusivamente de la heredo-sífilis? No, seguramente no, y en esto estamos de acuerdo con casi todos los oftalmologistas que se han ocupado de la materia.

La sífilis adquirida puede ser causa de queratitis parenquimatosa, y es común encontrarla después de un iritis, ó de afecciones profundas del globo ocular.

Así, pues, la heredo-sífilis y la sífilis, pueden ser causa de queratitis intersticial; la primera es la causa más frecuente, son pocos los debidos á la segunda.

Otras causas pueden desarrollarla.

Panas considera la queratitis como una "enfermedad caquéctica," como una "manifestación de miseria orgánica."

Para apoyar su manera de ver, invoca las dos consideraciones siguientes:

1.ª Casi invariablemente, dice, los enfermos atacados de queratitis intersticial son individuos débiles, mal nutridos, de constitución deteriorada, languidecente.

2.ª Casi invariablemente, aun los enfermos afectados de esta queratitis, pertenecen á la clase pobre.

Estas consideraciones pudieran ser rechazadas, porque algunos de los enfermos que hemos observado, presentaban un estado general satisfactorio; y si es cierto que la enfermedad que nos ocupa puede invadir cualquiera condición orgánica y encontrarse en cualquier medio social, la afección ocular puede ser la primera manifestación de esta caquexia, como varios observadores lo han notado, siendo muchas las causas que la produzcan; la escrófula, la sífilis, ó cualquiera otra. Siendo, pues, esta miseria una causa predisponente, tenemos que admitirla.

La dentición puede ser una causa, como lo ha demostrado Galesowski, en personas débiles, linfáticas. Según este autor, se ve aparecer al momento de la segunda dentición, cuando ésta se hace de una manera lenta y penosa, transmitiéndose la irritación de los nervios dentarios, de una manera refleja, á los ciliares ó á la córnea. En la tercera dentición, á la salida de las muelas del juicio, el mismo trabajo lento y penoso, trayendo una irritación en los nervios dentarios por mucho tiempo, ocasionan queratitis intersticiales ó flictenulares.

El frío, la humedad, las heridas, las contusiones, pueden ser causas ocasionales de queratitis, porque enseñándonos la anatomía patológica que ésta es un trastorno nutritivo, una distrofia, puede y debe derivar de causas diversas, tales como la escrófula, el

linfatismo, la sífilis, la miseria orgánica, el reumatismo en un caso de Gayet, etc.; es decir, una lesión de nutrición que diversas influencias morbosas pueden realizar.

ANATOMIA PATOLOGICA Y PATOGENIA.

Virchow, en sus investigaciones microscópicas, ha encontrado los vasos desarrollados junto á la córnea, dilatados y llenos de sangre. Cortada la córnea perpendicularmente á su superficie, la infiltración ocupaba una pequeña parte del lado de la membrana profunda ó de Descemet, comenzaba cerca de ella, ocupaba todo el centro y llegaba á corta distancia de la membrana superficial ó de Bowman; después la marcha se hacía horizontalmente, para invadir el lado opuesto.

Con una lente de mayor poder, se ve que los elementos estrellados, en la parte enferma, tienen mayor volumen y éstos han perdido su transparencia.

Stellwag ha visto nueva producción de celdillas y de exudados en el epitelio superficial, encontrándose, por lo tanto, alterado.

Considerando la producción inicial de la infiltración, sabemos que la córnea alterada en sus diferentes partes por la falta de nutrición, que se desarrolla poco á poco, trae como consecuencia la enfermedad. La nutrición se encuentra comprometida, porque la afección de los nervios impide que la exósmosis y la endósmosis de la membrana se efectúe. La irritación, una vez producida, trae como consecuencia la formación de vasos nuevos, sirviendo la san-

gre de éstos para conservar la nutrición durante la enfermedad.

La irritación nerviosa, cesando poco á poco, hace que la córnea tome su transparencia, y los vasos atrofiándose desaparecen.

La lesión primitiva que trae como consecuencia la infiltración, es, según Despagnet, una neuritis ciliar con ciclits latente que bajo la influencia de la diatesis específica (en casos de heredo-sífilis), la precede y la provoca, acompañándose en seguida de frecuentes alteraciones en el tractus uveal.

SINTOMAS.

Podemos, para su descripción, dividirla en tres períodos.

Todas las queratitis presentan estos mismos tres períodos. excepto en la queratitis flictenular que presenta el período de ulceración, no existiendo este último en la vascularización que acompaña la queratritis intersticial.

El primer período, llamado período de *infiltración*, aparece de una manera insidiosa, sin que ningún trastorno prodrómico, y sobre todo, sin que los fenómenos que acompañan el principio de la enfermedad, hagan sospechar al paciente que lo que lleva en el ojo no es un trastorno ligero. En efecto, no hay ningún dolor, ninguna reacción general ni local, ni congestión notable de la conjuntiva.

Muchas veces, cuando aparece la afección en el limbo de la córnea, y no obstante que el proceso esté avanzado, como pasa desapercibido y es latente y sobre todo la visión no está disminuida en lo más

mínimo, el enfermo manifiesta estrañeza por un mal que no le causa ningún dolor, y que sabe por el médico lo largo y á veces difícil de la curación.

Pero este caso generalmente es el más raro; con más frecuencia aparece al principio una mancha en el centro de la córnea, una ligera opacidad de un color blanco, lechoso, de reflejos azulosos, de contornos irregulares que se extienden poco á poco y pueden invadir toda la membrana.

Algunas veces, por el simple examen aparecen varias manchas de diferentes dimensiones; pero si á este examen añadimos el que siempre debe hacerse por medio de la lente, que hace descubrir y apreciar detalles interesantes, nos hace formarnos un juicio, ya de la extensión como de la profundidad de las lesiones, veremos que estas distintas manchas están unidas entre sí por infiltraciones menos notables, dispuestas en bandeletas.

Sobre el fondo ligeramente opalecente de la membrana, se descubre una infinidad de puntos grises, que incrustados en las láminas corneales, se han comparado "á las finas moléculas de la bruma," ó de una manera más perfecta, "á pequeños granos de vidrio molido."

En cualquiera parte que la lesión comience, los caracteres físicos de la infiltración son siempre los mismos, teniendo un indicio de su progresión por la difusión de sus bordes.

Esta mancha trae como consecuencia un enturbiamiento de la vista, que primero ligero, insignificante, cada día va aumentando de una manera progresiva hasta llevar el enfermo continuamente una nube delante del ojo afectado.

La reacción es poco viva, la inyección periquerá-

tica durante este período, así como la vascularización, el lagrimeo, la fotofobia, poco marcadas, no obstante la alteración profunda de la membrana.

Los trastornos visuales, como decíamos, están en relación directa con el sitio que ocupe la opacificación; si es central se comprende que desde el principio sean considerables; si es periférica (y en este caso Panas dice haberla hallado con más frecuencia en la parte interna é inferior, y cree que sea debido á la declividad) puede llevar ya muchos días, y aun algunas semanas, sin que el enfermo se aperciba de ello.

Nosotros, en los enfermos observados, hemos notado también su aparición en la parte inferior, con mucha frecuencia.

La nebulosidad acentuándose cada día más, y los granos de vidrio molido que hemos indicado antes, pareciendo que aumentan de volumen y se aproximan añadidos á otros síntomas de reacción local, nos llevan al segundo período, llamado de *vascularización* ú *opacificación inflamatoria*.

En efecto, se ve aparecer en la región periquerática, casi indemne hasta ese momento, vasos sanguíneos en el limbo, en gran número, colocados unos al lado de los otros, apretados y dando el aspecto en ese momento de una extravasación sanguínea; y muchos de ellos llegan ya al centro de la córnea, y á veces la cubren por completo. El examen con la lente hace ver que lo que se tomaba por extravasación sanguínea, sólo es debido al gran número de vasos, que van disminuyendo hasta el centro de la membrana.

Desarrollándose cada día más la opacificación, y debido á la confluencia de varias manchas, la mem-

brana puede perder por completo su transparencia dejando ver de una manera confusa ú ocultando por su espesor, el iris, la pupila, la cámara anterior.

Esta opacidad puede algunas veces ser uniforme pero en general es variable, como intensidad, en los diversos segmentos de la córnea, y es en las partes centrales donde predomina.

En este período de la enfermedad, muchas veces la membrana pierde su pulimento debido á la compresión de los elementos propios de la córnea, por las celdillas linfoides, lo que hace que la nutrición sea insuficiente y el epitelio superficial sufra primero levantándose, y al parecer estar como erizado, lo que puede demostrarnos el examen con el alumbrado oblicuo. Se ha comparado á un vidrio despulido el aspecto de la córnea, y la imagen corneal está entonces empañada, como la que da la superficie de un vidrio despulido con esmeril.

Este aspecto, sin embargo, tiene una infinidad de variantes, y aun puede estar modificado por completo por la vascularización de los tejidos. Según el grado de la vascularización, así reviste tinte muy variado la córnea y cambia de aspecto.

En el primer grado, cuando el número de vasos es muy reducido, el tono que toma la membrana corneal es un tono rosado llamado tinte *asalmonado.*

Si la vascularización es más intensa, como segundo grado, tendremos un color rojo *córnea cereza.*

En un grado más avanzado es tan grande el número de vasos que surcan la córnea y en distintas direcciones, que vuelve á dar el aspecto que señalamos ya en la región periquerática, de una mancha de sangre, y otra vez el examen con el alumbrado

oblicuo, nos hace desechar está ilusión, viendo que el derrame que parecía interlaminar, es un lacis de vasos, denso y apretado.

Los trastornos funcionales que acompañan á este grado son ya más considerables.

Los trastornos visuales han aumentado; éstos pueden hacer que el enfermo perciba sólo los grandes objetos, como, por ejemplo, contar los dedos de la mano, ó que haya una ceguera completa; del simple obscurecimiento de los objetos á la abolición completa de la función; todo está en relación con la alteración que haya sobrevenido en la transparencia de la membrana y en el sitio primitivo que ocupe la opacificación.

Los fenómenos que acompañan á todas las oftalmías, y que nada tienen de especial en una excitación inflamatoria; dolores oculares y peri-orbitarios, blefarospasmo, epífora, insomnio, agitación, estado nervioso, y algunas veces, un ligero y pasajero estado febril.

Todos estos fenómenos son más ó menos agudos, según el grado de agudez de las lesiones. Sin embargo, podemos decir que son de una intensidad mediana, si recordamos los dolores vivísimos que acompañan á otras clases de queratitis: la flictenular, la ulcerosa. En general son moderados, llamando la atención que muchas veces son tan moderados, y no pocas veces, casi nulos, que puede decirse con Wecker y Landolt, "que la indolencia del ojo, contrastando con un trastorno en la transparencia de la córnea, y la diminución ó la abolición de la vista, llama la atención del observador, y diferencía sensiblemente la enfermedad de las otras infiltraciones profundas y centrales de la membrana."

La vascularización llegada á su completo desarrollo, y después de un tiempo, que, como veremos, es bastante largo, da lugar al tercer período de la enfermedad, llamado período de terminación ó *resolución*.

Los vasos, de numerosos que eran, van desapareciendo poco á poco, van dejando lugares más claros, por la retracción de ellos hacia el limbo, comenzando al mismo tiempo la reabsorción de los exudados. No siempre todos los vasos desaparecen, pueden quedar algunos, figurando una pequeña arborización.

En cuanto á la infiltración, pueden presentarse dos casos:

Puede desaparecer, y esto sucede casi siempre que el tratamiento es adecuado, comenzando por presentarse entre el intersticio de dos vasos, ligeros puntos blancos, aumentando de tamaño de una manera progresiva. Una serie de puntos opacos y de puntos claros se presenta al observador; creciendo estos últimos, la córnea toma su transparencia primitiva, así como su pulimento. Al mismo tiempo los vasos van siendo más y más raros. Esta reabsorción se hace con más rapidez en la periferie que en el centro, notándose que los puntos que primero han sido invadidos, son aquellos que por regla general vuelven antes á su transparencia más ó menos perfecta.

Esta reabsorción de las opacidades y de las manchas, constituye en la especie uno de los puntos más interesantes y de los que más llaman la atención. Una enfermedad que, como la queratitis intersticial, tiene una larga duración, que durante mucho tiempo hace que los pacientes estén privados del libre

funcionamiento del órgano, deja sin embargo llegar á recobrar lo que se había perdido y con la misma precisión. Ya en este período, los fenómenos de fotofobia, lagrimeo, etc., etc., desaparecen.

Desgraciadamente, no siempre este es el resultado de la enfermedad; la reabsorción no se hace de una manera completa, y aun no pocas veces, de ninguna.

La resolución puede faltar completamente, las manchas quedan constituidas, de una manera definitiva, en esclerosis permanentes, irremediables. Pueden quedar ligeras nebulosidades ú opacidades, según la intensidad, ya en todo el resto de la membrana, ó por segmentos, periféricos ó centrales, comprendiéndose que estos últimos son los más molestos.

Pueden presentarse estas opacidades, bajo tres formas:

Primera. La mancha es uniforme, ocupa todo el espesor de la córnea, ningún rayo de luz puede atravesarla, es completamente opaca, y tendremos el leucoma, variedad felizmente rara.

Segunda. La mancha es menos blanca, menos opaca, algunos rayos pueden atravesarla, y quedará lo que se llama albúgo.

Tercera. La mancha es insignificante, sólo es una nube transparente de color gris, gris perla ó gris azulosa, quedando, en una palabra, bajo la forma de nefelión; esto último es en general lo que se encuentra, cuando queda alguna opacidad; es la terminación más frecuente. Cuando están colocadas cerca del limbo, que no molestan, un examen cuidadoso con la lente hace percibirlas.

Los trastornos visuales que las alteraciones definitivas de la córnea determinan, no dependen, de

una manera exclusiva, del grado de opacificación, porque influye el sitio que ésta ocupe.

Un leucoma que ocupe el centro de la membrana, de pequeñas dimensiones, molestará menos que un nefelión ocupando el mismo sitio. El leucoma presenta bordes bien limitados, los haces luminosos laterales son suficientes para percibir con claridad los objetos, mientras que en el albúgo ó el nefelión, los bordes son irregulares, los haces luminosos son desviados, y esta difracción de la luz trae como consecuencia la mala percepción de las imágenes y su irregularidad.

La queratitis parenquimatosa ataca casi siempre los dos ojos, es bi ocular, pero no es raro que un solo ojo sea el atacado. La lesión en un terreno escrofuloso, se limita por lo general á un solo ojo, es monocular y la extensión ocupada por las manchas es más limitada, es parcial. En los sifilíticos, después de poco tiempo de estar afectado un ojo, comienzan á notarse los trastornos en el otro; algunas veces se afecta tan pronto, viene un período en que enfermos los dos ojos, y opacificados, el paciente queda completamente ciego. Importa mucho al médico prever este resultado, para que de antemano domine la situación, la dirija en beneficio del enfermo, porque la familia alarmada, deja un médico y su tratamiento, para consultar otros muchos, y esto puede ser en perjuicio de la visión. Mantener su autoridad, aunque por el momento el tratamiento no dé un resultado satisfactorio, y se conservará, tal vez, un ojo más.

EVOLUCION

La evolución de la enfermedad es bastante larga, conocemos el principio insidioso de ella, los síntomas que van presentándose de una manera sucesiva y continua, que marchan también paso á paso, interrumpida algunas veces por exacerbaciones. Conocida la extrema lentitud con la cual procede habitualmente la enfermedad, trae como consecuencia su larga duración.

Los diversos períodos tampoco tienen una duración igualmente repartida.

El primer período ó de irritación, que es el más corto, no pasa de tres á seis semanas.

El segundo, al contrario, es largo, muy largo; como término medio dura dos ó tres meses, siendo el mínimum dos, y un máximum de cuatro, cinco, seis, y hasta ocho meses.

El último período, el de resolución, tiene como duración un tiempo bastante largo. Para que volvamos á encontrar la córnea, bastante transparente, que es lo más usual, se necesitan de tres á cinco meses, y aun más.

Sumando los tres medios, tendremos como duración total unos cinco ó nueve meses.

Esta duración total debe variar con cada caso, según condiciones diversas, según que los síntomas sean más ó menos intensos, las complicaciones y el tratamiento empleado. En dos meses, Hutchinson vió que la córnea volvió á tomar su transparencia, mientras que Galesowski relata un caso cuya duración fué de dos años.

Varía también según los vicios orgánicos que presente el enfermo; si la anterior duración correspon-

de á los sifilíticos, en los escrofulosos es menor; en dos ó tres meses la lesión desapareció por completo en varios de los enfermos que hemos estudiado.

Las variedades que presenta son de muchos géneros, y con Fournier se puede decir que son:

Primero. Variedades de grado.—Estas variedades dependen de la intensidad de los síntomas; basta señalarlas por ser idénticas á las que presentan todas las enfermedades.

Segundo. Variedades de forma.—Estas diferencias de conjunto son muy interesantes. La enfermedad modificada por ellas, trae fisonomías muy distintas. Pueden señalarse dos principales.

La afección, desde que principia, puede revelar la marcha de una queratitis inflamatoria; los dolores, el lagrimeo, la inyección periquerática, la fotofobia, etc., etc., y la formación rápida de nebulosidades. Toma entonces una forma aguda, y los síntomas son más ó menos intensos.

La otra, por el contrario, presenta una duración bastante larga; parece que las lesiones se hacen sin causar ningún dolor, sin notarse la vascularización, sin que la inyección se desarrolle casi nada. La afección, desde el principio al fin, presenta un aspecto crónico.

El contraste que una y otra forma presentan, se ve que es radical, absoluto.

Tercero. Variedades por las complicaciones intercurrentes ó añadidas.

La queratitis puede traer como consecuencia una epiescleritis, y aun una escleritis vecina. Inversamente, la escleritis puede ser causa de queratitis, complicación rara.

No así una alteración que es muy frecuente en-

contrar en todos los períodos de la enfermedad: la iritis. Esta nueva lesión, á veces es posible sospecharla, porque los dolores periorbitarios que determina, no son los que estamos acostumbrados á que acompañen la queratitis; pero si la reacción es poco intensa, como á través de las manchas no puede distinguirse el cambio de coloración del iris, la reacción bajo la influencia de la luz, y encontrándose la córnea alterada en su tejido propio, la atropina que empleamos para combatirla, sería mal absorbida, y no pudiendo obrar, quedaría como consecuencia sinequias posteriores, punto de partida de una irido-coroiditis ó de una irido-ciclitis muy temible. Es, por lo mismo, conveniente emplear un midriático más enérgico, como el sulfato de duboisina, puesto que en último análisis no tenemos más medio que la dilatación de la pupila, para evitar en cuanto sea posible, las adherencias del iris á la cristaloide anterior.

Cuando la queratitis ha durado mucho tiempo, y que ya el período de reabsorción esté avanzado, el examen oftalmoscópico permite comprobar atrofias coroideas diseminadas en la ora serrata. Estas son las complicaciones más frecuentes.

Algunos autores dicen haber observado la formación de abscesos en la córnea. En México, los oftalmologistas más distinguidos, y entre ellos mi distinguido profesor el Dr. Ramos, nunca han tenido ocasión de comprobarlos en su larga práctica.

El estafiloma puede presentarse algunas veces después de la enfermedad, porque la córnea reblandecida, adelgazada por el hecho de la presión intraocular, tiende á deformarse y á determinar una saliente.

Las membranas profundas del ojo, rara vez son atacadas por la inflamación; si esta complicación se presenta, la vista de los enfermos puede comprometerse. Galesowski ha observado un despegamiento de la retina, casi desde el principio de la afección; y cree que las amaurosis que Desmarres menciona en su tratado, como consecuencias de estas queratitis, son de la misma naturaleza.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico por lo general no presenta grandes dificultades.

En el primero ó en el tercer período, las manchas de la córnea pueden hacerla confundir, pero la falta de reacción y lo bien limitado de sus contornos, nos impide la equivocación, puesto que las infiltraciones son siempre difusas y tienden á provocar la presencia de vasos. Las manchas tienen una superficie lisa y un color blanco nacarado, mientras que las de la queratitis son de un color blanco gris, y está más ó menos alterado y rugoso el epitelio que las cubre.

La queratitis estrumosa que trae la infiltración y la formación de abscesos, puede confundirse con la queratitis parenquimatosa en el período de vascularización. Pero en el absceso, los vasos que se desarrollan y que van directamente á él, son más numerosos que en el resto de la membrana, y desde los primeros días hace su aparición.

El diagnóstico con la iritis serosa, por el enturbiamiento que puede producirse en la cámara anterior, es fácil de dilucidar. Observando atentamente

se ve que varía el sitio de la opacificación, y que no hay la más ligera alteración del epitelio superficial.

El glaucoma agudo ó subagudo, se acompaña también de una infiltración corneal; pero los síntomas físicos y funcionales son de gran importancia para desechar este error. El aumento de tensión ocular, la falta de producción de vasos y la pérdida interna del campo visual, la dilatación de la pupila y la hipertonía, son ya elementos suficientes para nuestro juicio.

Ninguna confusión es posible con el pannus, consecuencia de la cojuntivitis granulosa, porque el sitio anatómico y el lugar de elección, son completamente distintos.

PRONOSTICO

El pronóstico de la enfermedad es reservado por las huellas que deja en la córnea, que comprometen más ó menos la visión. Es cierto, sin embargo, que una terapéutica bien dirigida, puede hacer que las consecuencias de la enfermedad pierdan mucho de su importancia. Exitos notables y sorprendentes se registran cada día en la ciencia, restituyendo á una córnea completamente opaca su claridad primiva. Pero también es necesario reconocer, que algunas veces, no obstante la sabia administración de las substancias terapéuticas empleadas, la afección reincide cada momento, se muestra más ó menos rebelde, y deja definitivamente manchas corneales.

Algunos autores, creyendo en la intensidad de la medicación instituida, dan un pronóstico casi benigno. Este optimismo exagerado debe servirnos

para ser siempre precavidos, porque si los resultados clínicos nos enseñan que casos de los más graves, curan, por lo general, en otros, por el contrario, la curación camina con lentitud, y á veces de una manera incompleta.

La forma de la enfermedad, la intensidad de los síntomas, que las infiltraciones se hagan en el centro ó en la periferie, las complicaciones de las demás membranas, y según que el tratamiento sea precoz ó tardío, son condiciones múltiples y diversas que hacen que el pronóstico quede naturalmente subordinado á ellas.

Tenemos que señalar, aunque sea sólo por combatirla, la opinión de varios oftalmologistas que creyendo que la queratitis intersticial tiene una marcha natural hacia la curación, debe abandonarse á la expectación, ó á lo más, sólo ocuparse de los cuidados higiénicos. Varios casos se han señalado, en los que sin ninguna terapéutica, la lesión desaparece de una manera definitiva. Puede creerse esto, puesto que se ha visto, pero debe abandonarse este modo de obrar, porque muchas veces, no obstante la medicación más enérgica, la curación es difícil ó incompleta, y cuánto más debe serlo cuando no se interviene para nada.

En el pronóstico también deben considerarse las reincidencias y las recaídas.

Las reincidencias son bastante raras, pero se presentan. Un individuo atacado una primera vez y curado de una manera más ó menos completa, pasado cierto tiempo, á veces varios años, presenta una segunda invasión.

Las recaídas son más frecuentes; presentándose á veces en gran número, hacen que la enfermedad

tenga una duración total más ó menos larga, pudiendo contarse algunas ocasiones varios años antes de terminar. Fournier cita dos ejemplos: uno cuya duración fué de cinco años, y otro de siete, con alternativas de mejoras y exacerbaciones.

Las reincidencias y las recaidas en los escrofulosos son muy raras; son contados los casos que hemos visto que se repita.

TRATAMIENTO

Dependiendo en gran parte la enfermedad de que nos ocupamos, de la constitución, los medios que emplearemos deben dirigirse á modificarla cuanto antes; el tratamiento debe ser general.

Pero como las perturbaciones del ojo, y con especialidad las de la córnea, en sus diferentes períodos, son considerables, debe procurarse modificarlas también, haciendo uso del tratamiento local.

Tratamiento local.—Conocida la marcha de la queratitis parenquimatosa, y sabiendo que una vez presentada es difícil detener su marcha, debe procurarse que lo haga en el menor tiempo posible; apresurando la duración de sus diferentes períodos, su terminación se hará más pronto.

La mejor manera de que los derrames intersticiales se resuelvan pronto, consiste en elevar la temperatura de la membrana corneal para favorecer el desarrollo de los vasos. Esto se consigue por medio del calor húmedo. Las simples compresas embebidas de una infusión caliente de manzanilla, beleño ó belladona, aplicadas durante el día por varias horas, son de un empleo muy útil.

Siempre que se pueda, debe hacerse uso de las duchas oculares de vapor de agua, por medio del aparato de Lourenço. El aparato se compone de una caldera que lleva en el orificio superior un tapón metálico; de este tapón parten dos tubos horizontales, que están en comunicación con el recipiente principal. Para hacer uso del aparato, se llena hasta la mitad de agua, y por medio de una lámpara de alcohol colocada abajo, se hace llevar á la ebullición. El vapor desprendido se condensa en la parte superior de la caldera, desarrollando una presión que es suficiente para hacer salida por los dos tubos. El enfermo, sentado delante del aparato, recibe en los dos ojos los chorros de vapor, á la distancia que sea necesario, colocando en la cara una simple compresa empapada en agua caliente, para evitar las quemaduras.

Un cuarto de hora, veinte ó treinta minutos, según las circunstancias, debe durar cada ducha ocular, haciendo uso varias veces durante el día, según la gravedad de la enfermedad. Deben emplearse hasta que la curación sea completa, solamente cuando el desarrollo de los vasos esté avanzado; debe ser menor la duración y los intervalos entre una y otra más largos.

Las instilaciones de atropina ó de duboisina ú homatropina, deben emplearse desde el principio; producen una ligera atenuación de los dolores, por ser ligeramente analgésicas, una dilatación de los vasos que hacen que la sangre afluya en abundancia y apresure la reabsorción y la dilatación de la pupila, que en casos de iritis impide la formación de sinequias posteriores.

Los enfermos deben llevar delante del ojo una te-

la obscura, ó mejor anteojos obscuros para impedir la acción de los excitantes exteriores.

El desarrollo exagerado de fenómenos inflamatorios, se calmarán por medio del ungüento mercurial aplicado en la frente. Si el dolor es intenso y persistente, las pomadas morfinadas ó belladonadas en los párpados y al derredor de la órbita, ó las inyecciones hipodérmicas de morfina deben emplearse. Pero en cualquier caso, debe prohibirse por completo el uso de los astringentes, los cateréticos, los revulsivos, que no hacen más que exasperar los fenómenos inflamatorios y exagerar la enfermedad.

En un período avanzado de la enfermedad, la pomada con precipitado amarillo, de yodoformo porfirizado, de calomel, puede emplearse con utilidad, suspendiendo su uso cuando aumente la irritación.

Todos los accidentes que dependen de la marcha de la dentición, como la evolución irregular, la presencia de dientes cariados, se evitarán al momento.

Quirúrgicamente, los autores recomiendan: las escarificaciones en el limbo cuando la vascularización no se hace de una manera neta; la peritomía ó tonsura conjuntival en el período de resolución, si hay dificultad en la reabsorción de las infiltraciones.

En casos de iritis, de irido-coroiditis, se practican esclerotomías. La iridectomía que algunos autores preconizan en el período agudo. parece ser perjudicial. Otros la emplean en el último período, porque la reabsorción de los exudados se apresura por la modificación de tensión y nutrición que sufre el órgano de la visión.

Tratamiento general.—Debe modificarse el origen diatésico, la constitución y el temperamento.

Si la enfermedad es de origen sifilítico, ya sea he-

reditaria ó adquirida, debe recurrirse al tratamiento mixto: mercurio y yoduro. Al principio el tratamiento debe ser enérgico, para apresurar lo más pronto posible la evolución de la afección. Más tarde debe recurrirse al tratamiento alterno, porque pueden encontrarse comprometidas las funciones digestivas, ó la costumbre producida por la acción terapéutica se hace sentir pronto. El éxito debido al tratamiento específico en la queratitis de Hutchinson es sorprendente, pero no debe olvidarse que las dosis deben ser administradas con largueza, tanto más cuanto que son bien toleradas por los niños y los adolescentes.

Las preparaciones mercuriales administradas por la boca, no dan á veces el resultado deseado; no así empleadas bajo la forma de fricciones ó inyecciones mercuriales.

Las fricciones, según algunos, no obran con energía, pues, dicen, las estomatitis mercuriales que después de dichas fricciones se observan, son debidas no á la absorción del mercurio, sino á la acción que tópicamente ejercen sobre las encías los vapores mercuriales que se desprenden de la región friccionada. Sin embargo, experimentadores hay que enteramente satisfechos en su práctica de la acción de dichas fricciones, han cubierto la región en que tópicamente se ha aplicado el remedio, con una tela impermeable, para los vapores hidrargíricos, habiendo visto sobrevenir estomatitis más ó menos intensas, que no pueden atribuirse en el caso sino á la absorción del medicamento.

Las inyecciones hipodérmicas de peptonato ó albuminato de mercurio, también son útiles, siendo su acción bastante enérgica, puesto que la solución

se absorbe desde luego; deben preferirse, por lo tanto, en aquellos casos cuya gravedad excesiva exige la acción rápida de la medicina.

Si es de origen escrofuloso el enfermo, ó simplemente linfático, anémico, delicado, el tratamiento tónico ó los agentes anti-escrofulosos deben ser de rigor. El aceite de hígado de bacalao; entre las preparaciones ferruginosas, el jarabe de Dupasquier, los amargos, la quina, el té de nogal, se administran con bastante éxito.

Los enfermos débiles ó nerviosos que están sujetos algunas veces á ataques nocturnos de fiebre intermitente larvada ó insomnios, dolores de cabeza, transpiraciones nocturnas, puede prescribírseles con ventaja, algunas dosis de sulfato de quinina. En los niños es muy eficaz el bromuro de sodio.

CONCLUSIONES

1.ª La queratitis parenquimatosa no es constantemente de naturaleza sifilítica.

2.ª Según hemos observado en México, la escrofulosis es con frecuencia la causa de dicha enfermedad.

3.ª La observación minuciosa y el éxito de los tratamientos empleados, demuestran la dualidad etiológica de dicha afección.

4.ª Siendo semejantes los caracteres en la queratitis intersticial de una y otra causa, existen no obstante pequeñas diferencias que las distinguen.

5.ª La queratitis escrofulosa queda limitada con más frecuencia á un segmento de la córnea que la queratitis específica.

6.ª La forma de los dientes es muy distinta en ambos; en la sifilítica presentan constantemente la forma tan bien descrita por Hutchinson.

7.ª Las complicaciones son menos frecuentes en la queratitis escrofulosa, que á menudo reviste la forma monocular.

8.ª Basta el empleo de los medios higiénicos, de las medicinas que se emplean, para combatir el estado escrofuloso y de las substancias tópicas habituales para que cure casi siempre sin dejar vestigio la segunda de las variedades nosológicas.

9.ª El empleo de la medicación específica es indispensable para combatir la queratitis relacionada á la sífilis.

México, Mayo de 1895.

IGNACIO M. DEL VALLE.

